Rok XL. Kraków, 7 Grudnia 1901. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Podał

Dr H. Schramm,

docent chir. na Uniw. lwowskim.

W ostatnich czasach objawia się stanowczy zwrot w zapatrywaniach na leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Zwolennicy operacyjnego leczenia każdego przypadku tej choroby z chwilą postawienia rozpoznania, tracą coraz więcej grunt; niektórzy z nich, jak Sonnenburg, sami coraz bardziej ograniczają wskazania do operacyi, coraz więcej chirurgów zaczyna się przychylać do leczenia zachowawczego. Zdaje mi się jednak, że w wielu przypadkach cofanie się to przechodzi poza złotą drogę pośrednią, że wskazanie do czynnego wkroczenia zaczyna się stawiać zbyt ostrożnie. Wobec tego nie będzie może zbyteczne, jeżeli w tem miejscu wypowiem wyniki, do jakich doprowadziło mnie własne doświadczenie, oparte na 20 operowanych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i kilkunastu przypadkach, leczonych zachowawczo wspólnie z kolegami internistami. Materyał to wprawdzie nie obfity, ale może mieć pewne znaczenie choćby dla tego, że prawie wszystkie przypadki leczone były prywatnie, w mieszkaniu chorych, zatem w warunkach, w jakich znajduje się przeważna liczba chorych.

Nie mam zamiaru rozwodzić się dłużej nad przyczynami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego; liczne badania na tem polu udowodniły zdaje się dostatecznie, że przyczyną choroby są osiadłe w wyrostku drobnoustroje zakaźne, w jakie obfituje przewód pokarmowy, zatem prątek okrężnicowy, gronkowce i paciorkowce; czy niektóre przypadki odnieśćby trzeba do swoistych prątków, mających jedyną swą siedzibę w wyrostku, analogicznie do prątków Löfflera, usadawiających się w migdałkach, tego badania jeszcze dostatecznie nie udowodniły. Nie ulega jednak wątpliwości, że jak długo światło wyrostka jest prawidłowe, a odpływ do jelita ślepego zupełnie wolny, tak długo osiadłe w wyrostku drobnoustroje nie wywołują cięższych zmian chorobowych. Jeżeli jednak światło wyrostka zostanie zwężone, lub tem bardziej — zamknięte, czy to wskutek obrzmienia błony śluzowej lub kilku mieszków chłonnych, w które błona wyrostka tak obfituje, jeżeli wskutek zagięcia się wyrostka lub ucisku przez zrosty wolne połączenie z resztą przewodu pokarmowego zostanie przerwane, natenczas jadowitość drobnoustrojów zawartych w wyrostku lub jego odcinku — w zamkniętej jamie — nagle się zwiększa, na przekrwionej i obrzmiałej błonie śluzowej powstaje owrzodzenie: ściana wyrostka staje się przepuszczalną dla bakteryj i ich toksyn, a w razie zaczopowania drobnych tętniczek odżywczych występuje częściowa lub nawet całkowita zgorzel wyrostka. Z przypadków operowanych wnosić muszę, że obecność kamyków kałowych w wyrostku ma większe znaczenie, niż to przyjmują niektórzy autorowie i że same przez się, lub przy małem obrzmieniu błony śluzowej, mogą zamknąć światło wyrostka i sprowadzić wszystkie ciężkie następstwa. We wszystkich bowiem moich przypadkach, w których przy operacyi znalazłem wyrostek zgorzelinowy i przedziurawiony, znalazłem też kamyki kałowe, niekiedy leżące już luźnie w jamie otaczającego ropnia, czasem leżąc jeszcze w wyrostku, zatykały miejsce przedziurawienia. Badania, przeprowadzone na zwłokach przekonywują, że w zdrowych wyrostkach robaczkowych kamyki kałowe znajdują się bardzo rzadko; wobec tak częstego stosunkowo znachodzenia ich w ogniskach schorzałych, musimy więc przypisać im dość wielkie znaczenie patologiczne. Kamyki te znajdujemy też bez porównania częściej niż inne ciała obce, które trudno tylko mogą się dostać aż do wyrostka, a które zresztą przez kurczenie się zdrowych ścian wyrostka mogą łatwo zostać wydalone napowrót do jelita ślepego. Kamyki kałowe zaś wytwarzają się najprawdopodobniej w samym wyrostku. Być może już w nieco odsznurowanej części jego, powoli się powiększają; średnica bowiem kamyków, które miałem sposobność spostrzegać, była zawsze znacznie większa, niż przekrój prawidłowego wyrostka; mogą więc z czasem zamknąć zupełnie jego światło a następnie, uciskając na zapalnie zmienioną ścianę wyrostka, wywołać miejscową zgorzel.

Sprawa chorobowa w wyrostku przybrać może w miarę okoliczności i zależnie od jadowitości bakteryj, oraz budowy i oporności ścian wyrostka różną postać i rozmiary, przyczem pamiętać trzeba, że objawy kliniczne często nie odpowiadają ciężkości zmian anatomicznych. Podział poszczególnych odmian tej choroby, podany przez Rydygiera, odpowiada według mego przekonania celom praktycznym; będę się go też trzymał w następnem omawianiu tego cierpienia. Do pierwszej gromady zaliczamy więc przypadki, w których sprawa chorobowa ogranicza się do samych ścian wyrostka; odróżnić tu musimy trzy odmiany, stosownie do tego, czy 1) sprawa chorobowa ogranicza się do samej błony śluzowej, wywołując jej przekrwienie lub tylko powierzchowne owrzodzenie: *appendicitis simplex catarrhalis*, czy 2) naciek zapalny zajmuje głębsze warstwy ścian wyrostka, to jest błonę mięsną *appendicitis parenchymatosa*, czy wreszcie 3) mamy przed sobą zgorzel mniej lub więcej rozległą całej grubości ściany: *appendicitis gangraenosa*. Wszystkie te trzy odmiany mogą przebiegać mniej lub więcej ostro, — bez wciągnięcia przynajmniej na razie w sprawę chorobową sąsiednich tkanek tak, że zgorzel objąć już może nawet błonę surowiczą, a mimo

to nie będzie ani wysięku zapalnego w okolicy wyrostka, ani nawet najlżejszych zrostów z siecią lub okolicznemi pętlami jelit; w przypadkach tych, wobec niezbyt gwałtownych objawów klinicznych, może przy lada silniejszym ruchu, przez działanie tłoczni jamy brzusznej pęknąć ostatnia warstwa ściany, a treść wyrostka wylewa się wprost do wolnej jamy brzusznej.

I. W maju 1891 roku wezwał mnie kolega Kucharski do 7 letniego chłopca, który od 14 dni cierpiał na objawy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Ciepłota utrzymywała się stale na 39°; bóle w okolicy kiszki ślepej wzmagają się coraz bardziej. Przy badaniu znalazłem bardzo znaczną bolesność nad punktem Mc Burneya. W miejscu tem znaczny opór ścian brzusznych — wysięku jakiegokolwiek ani macaniem, ani wypukiem wykazać nie można. Z powodu przewlekania się sprawy chorobowej i nie ustępowania objawów zapalnych mimo odpowiedniego leczenia przystąpiono do operacyi. Cięciem Sonnenburga otwarto jamę brzuszną, bez trudności odnaleziono wyrostek robaczkowy dość mocno zgrubiały, zagięty ku górze, zresztą wolno leżący bez jakichkolwiek zrostów z sąsiedniemi kiszkami. Wyrostek odcięto, jamę brzuszną prawie całkowicie zamknięto szwami, pozostawiając tylko wąski pasek gazy, idący do miejsca odcięcia wyrostka. Przebieg zupełnie pomyślny, ściany wyciętego wyrostka opuchłe i zapalnie naciekłe, szczególnie błona śluzowa mocno obrzmiała, w niej kilka owrzodzeń, sięgających do błony podśluzowej.

II. W marcu 1896 r. wezwany zostałem wraz z kolegą Merczyńskim do dziecka 6-letniego, które przed 3 dniami zachorowało wśród nagłej gorączki, wymiotów i znacznego bólu w prawym dołku biodrowym. Badanie wykazało: ciepłota 39°, tętno 130, brzuch nieco wzdęty, nad dołkiem biodrowym prawym bardzo wielka bolesność; w miejscu tem, oprócz znaczniejszego oporu wskutek skurczu mięśni ścian brzusznych, nie można wykazać żadnego wysięku, badanie przez kiszkę stolcową daje również wynik ujemny. Zalecono spokój, zupełną dyetę, okłady lodowe na bolesną okolicę i makowiec. W nocy przy silniejszem wymiotowaniu gwałtowny ból rozszerzający się na cały brzuch, wśród zapadu dziecko umarło nad ranem.

Drugiem niebezpieczeństwem, grożącem przy tej postaci choroby, na które autorowie zwracają coraz częściej uwagę, jest zaczopowanie drobnych żył w krezce wyrostka, gnilny rozpad skrzepów i dostawanie się ich do ogólnego krwi obiegu, zwłaszcza do wątroby.

Do następnej grupy zaliczyćby należało przypadki, w których sprawa zapalna z wyrostka przeszła na sąsiednie tkanki, prowadząc do zlepów między najbliższemi pętlami jelit i z siecią, lub sprowadzając naciek zapalny mniej lub więcej rozlany w tkance łącznej przed i zaotrzewnowej. Przypadki do tej grupy należące są naturalnie tylko dalszym ciągiem grupy pierwszej, a w miarę natężenia toczącej się sprawy w samym wyrostku i sprawa chorobowa w otaczających tkankach będzie różna. Z tego powodu w grupie tej odróżnić należy następujące odmiany: 1) przypadki z naciekiem surowiczo-włóknikowym, 2) z ropieniem ściśle ograniczonem, 3) z zapaleniem ropnem, szerzącem się mniej lub więcej gwałtownie w różnych kierunkach.

Do grupy trzeciej zaliczamy przypadki rozlanego zapalenia otrzewnej, powstałego wskutek przedostania się treści jelit, bądź to wprost z przedziurawionego wyrostka zgorzelinowego, bądź wskutek pęknięcia zrostów, ograniczających początkowo powstały ropień. Z niektórych przypadków wnosićby zresztą należało, że nawet przez nieprzebite, tylko zapalnie naciekłe ściany wyrostka mogą się przedostać prątki i ich toksyny do wolnej jamy brzusznej i wywołać tu ogólne ropne zapalenie. Powikłanie to najłatwiej występuje u dzieci.

W październiku 1895 r. wezwał mnie kolega Pisek do dziewczynki 5-letniej, cierpiącej od przeszło 2 tygodni na objawy zapalenia wyrostka robaczkowego. W ostatnich 3 dniach nastąpiło znaczne pogorszenie, częste wymioty, gorączka utrzymująca się stale koło 39°, tętno do 130, nadto bolesność i wzdęcie brzucha. Po otwarciu jamy brzusznej cięciem nad prawym dołkiem biodrowym wylało się około litra ropy gęstej. Po wypuszczeniu jej i odsłonięciu jelita ślepego natrafiono na wyrostek robaczkowy, leżący luźno bez żadnych zrostów. Wyrostek odcięto — jamę brzuszną, o ile się dało, wyczyszczono przez wytarcie paskami gazy borowej, poczem wprowadzono sączki i gazę do zatoki Douglasa i ku górze w okolicę wątroby, a ranę prawie całkiem zamknięto szwami. Dziecko po operacyi przyszło do siebie, w kilkanaście godzin jednak nastąpił zapad, wśród którego dziecko zmarło. Ściany wyciętego wyrostka naciekłe surowiczo, błona śluzowa mocno obrzmiała, kilka drobnych owrzodzeń; przy badaniu drobnowidowem znaleziono w ścianach wyrostka liczne gronkowce.

I w tej grupie odróżnić należy trzy odmiany, a mianowicie: 1) zapalenie otrzewnej surowiczo-ropne; 2) zapalenie czysto-ropne i 3) zapalenie gnilne, czyli tak zwana posocznica otrzewnej. Wystąpienie jednej z tych odmian zależy od rodzaju treści, jaka dostaje się do jamy brzusznej i szybkości z jaką się w niej rozlewa. Mniej gwałtownie wystąpi zapalenie, jeżeli do jamy brzusznej sączy się powoli treść ropna przez mały otwór, powstały w zrostach ograniczających ropień, najgorsze formy gnilnego zapalenia powstają po przebiciu się do wolnej zupełnie jamy brzusznej gnilnej, z kałem zmieszanej treści zgorzelinowego wyrostka.

Z powyższego przedstawienia wynika, że poszczególne postacie ostrego zapalenia wyrostka mogą bardzo łatwo przechodzić z jednej w drugą. Nieżytowe, na początku nic nie znaczące zapalenie błony śluzowej wyrostka może po kilkudniowej chorobie zakończyć się wyzdrowieniem; równie łatwo jednak na rozpulchnionej błonie śluzowej powstają owrzodzenia, a następnie zgorzel ścian i przebicie do wolnej jamy brzusznej, lub też w około zagrożonego miejsca tworzy się wysięk zapalny i zlepy ograniczające. Wysięk ten również może po dłuższym czasie uledz wessaniu, albo część jego przechodzi w ropienie. Pozostały wysięk może przez dłuższy czas pozostać ograniczony, ale też może w każdej chwili szerzyć się w różnych kierunkach do zatoki Douglasa, ku górze pod i nad wątrobą, a nawet do jamy opłucnej, lub wreszcie przebić do wolnej jamy brzusznej. Nie da się jednak zaprzeczyć i operowane w stanie spokoju przypadki niezbicie tego dowodzą, że nawet w tak ciężkich ropnych przypadkach może nastąpić samoistne wygojenie, bądź to przez wessanie ropy, bądź, co częściej, po przebiciu się ropy na zewnątrz przez skórę, lub do jelita ślepego, prostnicy lub pęcherza. Z powodu tej zmienności w przebiegu i łatwości przechodzenia postaci łagodnych w najcięższe, rokowanie w każdym przypadku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego jest niepewne. Według dotychczasowych zestawień różnych autorów, nieco więcej niż 70% wszystkich przypadków utrzymuje się w grupie pierwszej, odmianie 1 i 2, jakoteż w grupie 2 odmianie 1; są to zatem przypadki, w których sprawa chorobowa ogranicza się na miejscowem zapaleniu błony śluzowej wyrostka, może i powierzchownem owrzodzeniu; przypadki z surowiczo-włóknikowym wysiękiem naokoło obrzmiałego wyrostka. Przypadki te przebiegają pomyślnie. W pozostałych około 30% przypadkach przychodzi do zgorzeli ścian wyrostka i zropienia powstałego nacieku. W przypadkach tych rokowanie zależy od rodzaju i rozległości ropienia, znacznie lepsze przy ropniu ograniczonym, pogarsza się przy postaci postępującej, naj-

gorsze jest w przypadkach, zaliczonych do grupy trzeciej, zatem przy ostrem, rozlanem zapaleniu otrzewnej.

Własna moja statystyka przedstawia się jak następuje: Wogóle spostrzegałem 32 przypadków ostrego zapalenia wyska robaczkowego, z tych 20 razy wykonałem zabieg operacyjny. Z pomiędzy 12 nieoperowanych 5 należało do grupy drugiej, oddziału 1, zatem przypadki z wysiękiem surowiczo-włóknikowym, mniej lub więcej rozlanym; wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie; dwa należały do grupy drugiej oddziału trzeciego, to jest przypadki z postępującem ropieniem; z tych jeden u dziewczynki 10-letniej, w którym operacyę odłożono do dnia następnego, zakończył się śmiertelnie wskutek przebicia się nagłego do jamy brzusznej; drugi, w którym rodzice 7-letniej dziewczyny nie zgodzili się na operacyę, po bardzo burzliwym przebiegu zakończył się pomyślnie przez przebicie się ropnia do kiszki ślepej, jak tego dowodziły obfite stolce, zmięszane z ropą. W pozostałych 5 przypadkach wezwany zostałem już przy istniejącem rozlanem zapaleniu otrzewnej w tak późnym okresie, że o pomyślnym skutku zabiegu operacyjnego nie można było myśleć. Chorzy ci pomarli też w kilkanaście godzin później.

Z pomiędzy 20 przypadków, w których wykonano zabieg operacyjny, 1 należał do grupy pierwszej odmiany pierwszej; w odciętym wyrostku znaleziono tylko zmiany nieżytowe, przebieg pooperacyjny był idealny. Ośm przypadków zaliczam do grupy drugiej, oddziału 2, to jest, że były to przypadki z ograniczonem ropieniem; z pomiędzy nich 7 zostało uleczonych, jeden umarł podczas operacyi z powodu dostania się nagle dużej ilości wymiocin do tchawicy i płuc. Również ośm przypadków zaliczyć trzeba do grupy drugiej oddziału trzeciego, to jest, że w chwili badania ich ropienie nie było już ograniczone, lecz szerzyło się w różnych kierunkach, najczęściej ku tyłowi i górze, n. p. u mężczyzny 37-letniego znajdował się już ropień podprzeponowy, w drugim u kobiety 45-letniej (Nr. 15) ropienie pod wątrobą i w lewym dołku biodrowym; u chłopca 7-letniego (Nr. 14) znajdowało się już ropne zapalenie opłucnej, w innych przypadkach (spost. 11, 12, 16) ropienie szerzyło się ku jamie brzusznej tak, że mniej lub więcej rozległą część pętli jelitowych znajdowano już wśród jamy ropnia. Z pomiędzy tych przypadków tylko 3 chorych zostało uleczonych, 5 zaś zmarło wśród objawów przewlekłej ropnicy, lub, jak w przypadkach 12, 16, wśród objawów zapalenia otrzewnej, które zaczęło się rozwijać już przed operacyą.

Trzy przypadki należały do grupy trzeciej, to jest, że w chwili operacyi mieliśmy już przed sobą rozlane zapalenie otrzewny. Z tych tylko jeden przypadek został uleczony (Nr. 20), dwa inne (18, 19) zmarły w kilka godzin po operacyi.

Następująca tabliczka daje najlepszy przegląd otrzymanych wyników.

	Postać chorobowa	Leczenie	Liczba	Wylecz.	Umarł	Uwaga
Grupa I.	*Appendicitis simplex*	Operow.	—	—	—	
		Nieoperow.	—	—	—	
	Appendicitis exulcerans	Operow.	1	1	—	
		Nieoperow.	—	—	—	
	Appendicitis gangraenosa.	Operow.	—	—	—	
		Nieoperow.	—	—	—	
Grupa II	*Appendicitis cum exsud. serofibrinos*	Operow.	—	—	—	
		Nieoperow.	5	5	—	
	Appendicitis cum suppur. saccata	Operow.	8	7	1	Smierć przypadkowa podczas operacyi
		Nieoperow.	—	—	—	
	Appendicitis cum suppur. progressiv.	Operow	8	3	5	
		Nieoperow.	2	1	1	
Grupa III.	*Appendicitis c. peritonit. diffusa seropurul.*	Operow	—	—	—	
		Nieoperow	—	—	—	
	Appendicitis c. peritonit. diffusa purulenta	Operow.	2	1	1	
		Nieoperow	2	—	2	
	Appendicitis c. peritonit. diffusa septica.	Operow.	1	—	1	
		Nieoperow.	3	—	3	
	Razem	Operow.	20	12	8	
		Nieoperow.	12	6	6	

Zanim przystąpię do omówienia wskazań leczniczych, pozwolę sobie jeszcze poświęcić parę słów pytaniu, do jakiego zakresu chorób należy właściwie ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, do zakresu medycyny wewnętrznej, czy też do chorób chirurgicznych? Nawet tak wstrzemięźliwy chirurg w wskazaniach do zabiegu operacyjnego w tej chorobie, jak n. p. Herman, nazywa ostre zapalenie wyrostka „chorobą *par excellence* chirurgiczną“ („Przegląd lek.“ 1901 Nr. 35) i żąda, aby każdy taki przypadek leczył, jeżeli już nie chirurg sam, to przynajmniej razem chirurg i internista. Zapewne, ostatnie to żądanie bardzo słuszne i dla chorego byłoby bardzo korzystne; należałoby też przestrzegać tego wszędzie, gdzie to jest tylko możebne. Niestety w przeważnej liczbie przypadków rzecz ta jest nie do przeprowadzenia, bo albo w miejscu zamieszkania chorego nie ma drugiego lekarza a tem bardziej specyalisty chirurga, albo stosunki materyalne nie pozwalają na częste wzywanie drugiego lekarza na narady. Również bardzo często nie do wykonania jest drugie żądanie, aby w każdym przypadku utrzymywać spokój zbrojny, to jest, aby ciągle mieć wszystko w pogotowiu tak, by w chwili danej natychmiast przystąpić do wykonania zabiegu operacyjnego. Koszta takiego pokoju zbrojnego byłyby i tu zbyt uciążliwe, a przecie nie każdy chory z zapaleniem wyrostka robaczkowego może być leczony w zakładach, gdzie koszta pokoju zbrojnego ponosi państwo; zresztą i przenoszenie chorych do takich zakładów, ze względu na konieczny, zwłaszcza w pierwszych dniach choroby, spokój, jest często wprost niemożliwe. Zważywszy nadto, że w przeszło 70% przypadków wyleczenie następuje gładko, bez potrzeby wkraczania chirurgicznego, to musimy zgodzić się na to, że leczenie ostrego zapalenia wyrostka pozostanie w rękach kolegów nie specyalistów chirurgów. Natomiast starać się należy o wydoskonalenie środków rozpoznawczych tak, aby każdy lekarz mógł ocenić, w jakim przypadku i w jakim okresie choroby zabieg operacyjny jest wskazany, aby znał objawy, kiedy zaczyna występować niebezpieczeństwo najgroźniejszego powikłania, to jest rozlanego zapalenia otrzewnej.

Nie mogę się tu wdawać w opisywanie ścisłego rozpoznania, zwłaszcza tak ważnego rozpoznania różniczkowego innych chorób, przedstawiających często podobne objawy kliniczne, ograniczę się tylko do kilku krótkich wskazówek.

W przypadkach, zaliczonych do grupy pierwszej, w których zatem zmiany chorobowe ograniczają się do samych

ścian wyrostka, bez współcierpienia sąsiednich tkanek, najważniejszym objawem początkowym jest ból nagły w dołku biodrowym prawym. Przy obmacaniu tego miejsca znajdziemy wprawdzie zwiększony opór z powodu skurczu mięśni brzusznych. ale przy ostrożnem nieco głębszem macaniu nie natrafia się na żaden naciek. Badanie przez kiszkę stolcową nie wykazuje też prócz bolesności w okolicy wyrostka żadnego zgrubienia zapalnego. Przypadki te występują często po znaczniejszym błędzie dyetetycznym. nagle, wśród bólu w prawej stronie brzucha, prawie zawsze towarzyszą temu jedno lub kilkakrotne wymioty, ciepłota nie przekracza 38°, różnica ciepłoty mierzonej pod pachą i w kiszce stolcowej nie przenosi 1 stopnia, tętno pozostaje dobre, pełne, częstością swą odpowiada wysokości ciepłoty i nie przenosi 120 uderzeń na minutę. W powyższych przypadkach, gdy sprawa zapalna ogranicza się na samą błonę śluzową, objawy chorobowe utrzymują się 4 do 5 dni bez zmiany, poczem nagle lub powoli natężenie ich coraz bardziej maleje i cała sprawa kończy się wyzdrowieniem. Niestety, jak dotąd, zbyt mało mamy danych, aby rozpoznać na pewno poczynającą się zgorzel ścian wyrostka. W każdym razie utrzymywanie się gorączki przez czas dłuższy, nie zmniejszanie się, lub nawet wzmaganie się bolesności przy ucisku na punkt Mc Burneya, ponowne wystąpienie wymiotów, wzmagająca się bębnica, podniesienie się częstości tętna ponad 100, wystąpienie dreszczyków. wysychanie języka, a może i objaw, na który zwrócili uwagę Madelung i Lenander. to jest powiększenie się różnicy ciepłoty pod pachą i w kiszce stolcowej ponad 1 stopień, każą podejrzywać z wielkiem prawdopodobieństwem istniejącą już choć częściową zgorzel ścian wyrostka. Podobne objawy, zwłaszcza powiększająca się dość szybko bębnica bez wysięku w jamie brzusznej, częste dreszcze, lekka żółtaczka, każą wnosić o groźnem bardzo tworzeniu się gnilnych zakrzepów w żyłach wyrostka lub sąsiedniej części krezki i dostawanie się części mocno zakaźnych do ogólnego krwiobiegu. Grupa druga odznacza się, jak wspomniano, zajęciem chorobowem tkanek, otaczających wyrostek; jest ona zawsze następstwem grupy 1, cechuje się zaś naciekiem mniej lub więcej rozlanym, mniej lub więcej twardym w prawym dołku biodrowym. Naciek ten powstać może bardzo wcześnie, nawet już w 2-gim lub 3-cim dniu choroby; częściej pojawia się nieco później. W miarę rodzaju nacieku i objawy będą różne. Przy nacieku surowiczym lub surowiczo-włóknikowym, jaki przyłącza się do nieżytowego zapalenia błony śluzowej wyrostka z niezbyt głębokiem owrzodzeniem jej, lub naciekiem surowiczym ścian wyrostka, objawy przedmiotowe — z wyjątkiem, że przy badaniu znajdziemy wypocinę w dołku biodrowym — i objawy podmiotowe pozostają takie same, jak w pierwszej odmianie grupy pierwszej. Przebieg również niewiele się różni. Tylko sprawa chorobowa trwa dłużej, wreszcie po upływie czasem dopiero 2—3 tygodni naciek zostaje wessany, często pozostają zrosty naokoło wyrostka, prowadzące łatwo do nawrotów cierpienia, które też może przejść w postać przewlekłą. Jeżeli zmiany w wyrostku były głębsze, zwłaszcza jeżeli już po wytworzeniu się nacieku i zrostów nastąpi przebicie wyrostka, wysięk ulega bardzo często zropieniu, wywołując też odpowiednie objawy. Naciek zamiast się zmniejszać, przyjmuje coraz większe rozmiary, bolesność nie ustępuje, lecz się zwiększa, skóra nad dołkiem biodrowym staje się ciastowata, w okresie surowiczego nacieku, z początku blada, potem się zaczerwienia, wreszcie przy obmacaniu wybadać się daje z początku niewyraźne i głębokie, potem coraz wybitniejsze chełbotanie. Badanie przez kiszkę stolcową wykaże również w okolicy wyrostka obrzmienie i zgrubienie, lub też wyraźne chełbotanie, jeżeli ropień opuszcza się ku zatoce Douglasa. Gorączka utrzymuje się stale, przyjmuje cechę gorączki ropnej ze znacznemi wahaniami porannemi i wieczornemi; tętno utrzymuje się jednak dobre i częstością odpowiada gorączce. Wykonywanie nakłócia próbnego w celu wykazania ropnia nie jest wskazane; ujemny bowiem wynik nakłócia nie dowodzi niczego, bo ropień może być zbyt mały i głęboko położony; natomiast zabieg taki z powodu możliwości uszkodzenia jelita, położonego ponad ropniem, połączony jest ze znacznem niebezpieczeństwem.

W pomyślnych przypadkach powstały ropień ogranicza się silnymi zrostami, pozostać może bardzo długo, nawet tygodnie i miesiące niezmieniony; powoduje jednak zwykle nawroty i postać przewlekłą zapalenia wyrostka, albo powiększa się tylko nieznacznie; może nawet według spostrzeżeń niektórych autorów (Sonnenburg) uledz wessaniu, albo po przebiciu się na zewnątrz, do kiszki lub pęcherza, może nastąpić ostatecznie zupełne wygojenie. W przeważnej liczbie przypadków jednak raz powstałe ropienie szerzy się dość szybko w różnych kierunkach; ciągła gorączka, częste dreszcze, występujące po nich poty, przyspieszenie tętna, powiększanie się nacieku ropnego, dające się wykazać prawie z dnia na dzień, bolesność wzmagająca się w kierunku, szerzenie się nacieku — zatem koło wątroby, w jamie Douglasa, objawy zadrażnienia otrzewnej, jeżeli naciek szerzy się ku wewnątrz, wreszcie objawy zapalenia opłucnej, jeżeli ropienie zbliża się ku przeponie, pozwolą rozpoznać, czy i z jakiej strony grozi niebezpieczeństwo przebicia się ropnia.

Do trzeciej gromady zaliczyliśmy przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłane rozlanem zapaleniem otrzewnej. Rozpoznanie tego najważniejszego niebezpieczeństwa jest w przeważnej liczbie przypadków łatwe. Objawy jednak i tu będą różne w miarę rodzaju powstałego zapalenia i jego mniej lub więcej szybkiego rozszerzania się. Pamiętać należy, że w wielu przypadkach już w pierwszym dniu zapalenia wyrostka wystąpić mogą objawy ogólnego zadrażnienia otrzewnej, w postaci wymiotów, zaparcia stolca, miernego wzdęcia i bolesności brzucha. Objawy te jednak szybko przemijają, gdy nasilenie sprawy chorobowej w wyrostku się zmiejsza, lub gdy schorzały wyrostek zostanie ograniczony zrostami. Podobne objawy zadrażnienia występować mogą w dalszym przebiegu choroby, gdy powstałe koło wyrostka ropienie szerzy się ku jamie brzusznej, przebijając np. zrost między jedną pętlą kiszkową a drugą. W tym razie zapalenie nie musi przybrać odrazu cechy ropnej, owszem na szczęście dość często, miejsce przebicia zostaje szybko otorbione nowymi zrostami, wreszcie może powstać tylko wysięk surowiczy. Chwila przebicia się ropnia cechuje się gwałtownem bólem w całym brzuchu, wymiotami i znacznym zapadem. W wyjątkowych przypadkach sprawa chorobowa z chwilą ponownego otorbienia się ropnia może przycichnąć, a nawet po przebiciu się ropnia do kiszek lub pęcherza może jeszcze nastąpić wygojenie lub cała sprawa przybiera postać przewlekłą. Znacznie częściej jednak przychodzi w krótkim czasie do rozwoju ogólnego zapalenia otrzewnej.

Przypadki te, któreby jeszcze właściwie można zaliczyć do gromady drugiej oddziału trzeciego, dają też przy wczesnym zabiegu operacyjnym stosunkowo najlepsze wyniki i im to przypisać należy tak korzystne zestawienia niektórych autorów, podających odsetek wyleczeń po operacyi w ogólnem zapaleniu otrzewnej na 28, a nawet 52%.

Przypadki rozlanego ostrego ropnego zapalenia otrzewnej powstają w razie dostania się naraz wielkiej ilości ropy mocno zakaźnej do wolnej jamy brzusznej; cechują się one gwałtownym bólem całego brzucha, stale się wzmagającym, silnym zapadem, tętnem ponad 120, z każdą prawie godziną coraz gorszem; wymioty uporczywe tak, że wreszcie chory oddaje prawie każdą łyżkę połkniętej wody; wzmagająca się bębnica obok objawów wolnego płynu w jamie brzusznej; zupełne zaparcie stolca z powodu porażenia kiszek, oto główne cechy tego rodzaju zapalenia. Samoistne wyleczenie się w tej postaci chorobowej jest według słusznego zapatrywania Kümmela niemożebne, a nawet wczas wykonany zabieg operacyjny przedstawia tylko małe widoki pomyślnego wyniku.

Najgroźniejszą jest trzecia postać zapalenia otrzewnej, powstająca w razie, jeżeli do wolnej i żadnymi zrostami nie pooddzielanej jamy brzusznej, przebije się mocno trująca gnilna treść wprost z zgorzelinowego ogniska lub z kałem zmieszana zawartość utworzonego poprzednio ropnia. Po nagłym gwałtownym bólu występuje szybko bardzo silny zapad, twarz przybiera cechy *facies Hippocratica*, ciepłota często opada poniżej prawidłowej, tętno słabe, drobne dochodzi do 140 uderzeń i wyżej, chory niespokojny, często rzuca się po łóżku. W sprzeczności z tym groźnym obrazem przedmiotowym, chory podmiotowo czuje się dość swobodny, na pytanie odpowiada, że mu jest znacznie lepiej, nie narzeka na ból; trapią go tylko pragnienie i częste wymioty, potem i to ustaje, a w kilka godzin chory umiera wskutek porażenia serca przy zachowanej prawie do końca przytomności. Są to przypadki tak zwanej *sepsis peritonealis*.

Omówiwszy w ten sposób pokrótce wszystkie gromady i odmiany ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, przechodzę do wskazań leczniczych. Zdaje się, że obecnie przeważna część lekarzy zgadza się, że w przypadkach, należących do gromady I. oddziału pierwszego i drugiego, jakoteż do gromady II. oddziału 1., zatem w przypadkach zapalenia nieżytowego wyrostka bez nacieku w okolicy lub z naciekiem tylko surowiczo-włóknikowym należy stosować leczenie wyczekujące. Zachowanie zupełnego spokoju, bezwzględna dyeta, ograniczona do podawania łyżkami wody lub małych kawałków lodu w celu ugaszenia pragnienia przynajmniej przez pierwsze dwa dni i zimne okłady w postaci worka z lodem na okolicę kiszki ślepej, wystarczają zwykle do złagodzenia napadu. Dość często spotykałem się z stawianiem pijawek nad dołkiem biodrowym; mają one łagodzić bóle i objawy zapalne. W zasadzie nie miałbym nic przeciw nim, byle tylko przez nadmierny upust krwi nie osłabiać chorego. Jako środek przeciw silnym bólom zwykle podawany bywa makowiec, który ma zarazem działać korzystnie przez osłabienie i zmniejszenie ruchów robaczkowych jelit, a zatem ma ułatwiać tworzenie się zrostów; z drugiej jednak strony nie ulega wątpliwości, że właśnie przez usuwanie bolesności, a poczęści przez ułatwianie bębnicy, zaciera obraz chorobowy i maskuje grożące niebezpieczeństwo. Lepiej więc byłoby środka tego nie nadużywać, a jeżeli go podajemy, to nie w zbyt dużych dawkach, a w razie koniecznym łagodzić ból przez podawanie przetworów wilczej jagody lub wreszcie przez podskórne wstrzyknięcie morfiny. Podawanie w pierwszych dniach choroby środków przeczyszczających, nawet tak łagodnych jak olej rącznikowy, nie jest odpowiednie i według przypadków, które miałem sposobność spostrzegać, należałoby ich zaniechać; wzmożony bowiem ruch robaczkowy łatwo może spowodować natężenie sprawy chorobowej, lub nawet przyspieszyć pęknięcie wyrostka, zanim wytworzą się dostateczne zrosty. W następnych dniach choroby po uspokojeniu się groźnych objawów przystępujemy ostrożnie do lepszego odżywiania chorego, okłady zimne zamieniamy na wysychające, a w celu wypróżnienia kiszek stosujemy lawatywy z ciepłej wody.

A co do wskazań operacyjnych? Zapatrywania te są bardzo różne. Herman w ostatniej swej rozprawie, umieszczonej w „Przeglądzie lekarskim“ Nr. 34—37 uznaje tylko dwa wskazania do szybkiego wkraczania operacyjnego, mianowicie w przypadkach, powikłanych postępującym ropnym naciekiem i w przypadkach z ogólnem surowiczo-ropnem lub ropnem ogólnem zapaleniem otrzewnej. Nawet w przypadkach stwierdzonego, lecz ograniczonego ropnia należy według niego: „powstrzymywać niewczesne zapały; — niema powodu nastawać i nalegać na chorego, trzeba mu dać czas do namysłu i oględnie przedstawić mu korzyści wczesnej operacyi“. Zdaje mi się, że taka wstrzemięźliwość i obawa posądzenia o „krwiożerczość“ jest trochę za daleko posunięta. W sprzeczności z nią stoją też własne słowa Hermana, że „zapalenie rozlane otrzewnej może wystąpić w ostrym napadzie każdego dnia nawet w przypadkach z najłagodniejszym przebiegiem“, zatem chyba tem łatwiej, jeżeli już obecny jest około wyrostka ropień, odgraniczony od jamy brzusznej tylko zrostami, o grubości i oporności których nie możemy nigdy z góry przesądzać. A dalej powiada Herman, że: „dokonane już przedziurawienie wyrostka możemy rozpoznać nawet dość łatwo, lecz jakże często chory z tego rozpoznania już żadnych nie odnosi korzyści“. Zupełnie słusznie należałoby z tego wnosić, że zadaniem naszem ma być uczynić wszystko, co jest możebne, aby temu przebiciu się czy to samego wyrostka, czy otaczającego ropnia zapobiedz i niebezpieczeństwo usunąć jak najwcześniej, a przecie niebezpieczeństwo to rośnie od chwili istnienia ogniska ropnego. Zgadzam się na zdanie Hermana, że: „w przypadkach tych ograniczyć się na leczeniu wewnętrznem, lub co na jedno wyjdzie, wyczekiwać wyjątkowo możliwego samowyleczenia, aby módz w danym razie operować „à froid“, wydaje mi się postępowaniem nieodpowiedniem, ryzykownem i przynoszącem choremu raczej szkodę, niż pożytek“; tylko że słowa te zastosowaćby należało według mego zdania do każdego przypadku, w którym rozpoznamy istnienie ropienia naokoło wyrostka. W przypadkach takich trzeba na chorego nalegać, aby się poddał operacyi, trzeba mu przedstawić groźne niebezpieczeństwo zwlekania. A że niebezpieczeństwo to jest rzeczywiście groźne, o tem przekonało mnie własne doświadczenie; wszystkie bowiem przypadki moje, które zakończyły się niepomyślnie, a chyba i podane przez Hermana spostrzeżenia IX, X, XI, XII, były to właśnie przypadki, w których z zabiegiem operacyjnym zwlekano

tak długo, aż po kilku dniach choroby ponowny nagły ból w brzuchu i ponowne wymioty wskazały na rozszerzenie się ograniczonego z początku ogniska ropnego. W przypadkach, w których da się rozpoznać ognisko ropne, muszą też istnieć już zrosty naokoło dość silne, aby przy ostrożnem operowaniu ich nie rozerwać. Sądzę więc, że w każdym przypadku, w którym rozpoznamy istnienie ropnia, choćby to było w 3-cim lub 4-tym dniu choroby, należy bez zwłoki wkraczać operacyjnie. Naturalnie tembardziej i tem naglej wskazany jest zabieg operacyjny w przypadkach postępującego ropnego zapalenia naokoło wyrostka; tutaj bowiem niebezpieczeństwo przebicia się ropy do jamy brzusznej jest tem większe, a nadto i szerzenie się ropnia sprowadzić może poważne powikłania, które jak n. p. ropnie podprzeponowe mimo późniejszego zabiegu operacyjnego trudne są do wyleczenia i same przez się dają niekorzystne rokowanie.

Z tego samego powodu, to jest dla uchronienia chorych od przebicia się ogniska zapalnego od wolnej jamy brzusznej, uważam za wskazane wczesne wykonanie operacyi w przypadkach, zaliczanych do gromady 1 oddziału trzeciego, to jest tam, gdzie objawy chorobowe każą rozpoznać zgorzel wyrostka jeszcze bez nacieku zapalnego w otaczających tkankach. Stanowcze rozpoznanie takiego stanu wyrostka jest niestety jeszcze bardzo trudne, sądzę jednak, że w razie ugruntowanego podejrzenia lepiej jest wykonać zabieg operacyjny wcześnie. Wskazanie to szczególnie ważne jest u dzieci, u których ściany wyrostka łatwiej ulegają przedziurawieniu, a skłonność do wytwarzania zrostów wydaje się mniejszą.

Z pomiędzy przypadków, w których rozwinęło się już rozlane zapalenie otrzewnej, tylko przypadki, zaliczone do odmiany trzeciej tej gromady, to jest przypadki tak zwanej *sepsis pertonealis* stanowią wręcz przeciwwskazanie do zabiegu operacyjnego.

W przypadkach tych przebieg jest tak gwałtowny, zakażenie ogólne następuje tak szybko, że zabieg operacyjny nie jest w stanie uratować życia chorego, a tylko niszczy uczucie rzeźwości *(euphoria)*, jakiem się ci nieszczęśliwi cieszą. Przypadki te więc musimy pozostawić ich losowi. Przy innych postaciach zakażenia otrzewnej, a zwłaszcza w niezbyt gwałtownie postępującem zapaleniu surowiczo ropnem, wskazany jest jak najwcześniejszy zabieg operacyjny, choć więc widoki uratowania chorego są nie duże, należy go namawiać do poddania się operacyi choćby też znów przytoczyć słowa H e r m a n a: „przyszło nam stawiać na kartę własną opinię chirurga o szczęśliwej ręce“. (dok. nast.).

II. Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty.

Opracowali:
Część anatomiczną **Dr. J. Krzyszkowski.**
Część kliniczną **Doc. Dr. J. Wiczkowski.**

I Część anatomiczna.

Z instytutu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Obrzuta we Lwowie.

(Dokończenie).

Badaniu histologicznemu poddałem: małą wybujałość na tylnej ścianie pnia, ścianę i najbliższe otoczenie tętniaka pnia, ścianę tętniaka okrągłego i walcowatego rozgałęzień tętnicy płucnej i miąższ płucny.

Ściana pnia tętnicy płucnej mikroskopowo okazuje wejrzenie prawidłowe tylko śródbłonek błony wewnętrznej przeważnie niebarwiący się, zwyrodniały. Mała brodawkowata wybujałość jest złożona z tkanki łącznej zbitej, wychodzi z błony wewnętrznej naczynia; w wybujałości tej uderza kilka naczyń, nieodpowiadających wielkości wybujałości, ani przekrojem światła, ani grubością ściany. Zgrubiały brzeg worka tętniaka okazuje na błonie wewnętrznej (intimie) znaczny jednostajnie rosnący twardzielowy (sklerotyczny) naciek; w miejscu tem warstwa mięsna z powodu większej ilości pierwiastków drobnokomórkowych jest grubsza, włókna elastyczne tej warstwy bardzo wyraźne. Szyja tętniaka: w miarę posuwania się dalej do worka tętniaka wspomniany naciek twardzielowyi cała warstwa mięsna wraz z włóknami elastycznemi ulegają zwyrodnieniu włóknikowemu (fibrinoid). Składają się z grubych, krótkich, bezpostaciowych beleczek, barwiących się hematoksyliną na szaro, van Giesonem na żółto i niedających odczynu włóknika metodą Weigerta; przy przebarwieniu van Giesonem lub eozyną wśród mas zwyrodniałych widać tu i ówdzie resztki włókien elastycznych. Na preparatach barwionych na włókna elastyczne orceiną widać błonę sprężystą *(mebrana elastica)* w miejscu szyi znacznie zgrubiałą, — dalej zaś brak jej, tylko tu i ówdzie cieniutkie strzępki słabo widoczne. Błona zewnętrzna *(adventitia)* nieznacznie zgrubiała.

Ściana pękniętego tętniaka okrągłego (przekrój poprowadzony poprzecznie przez miejsce uszkodzone) przedstawia obraz podobny: naciek twardzielowy w postaci półksiężyca obejmuje dwie trzecie światła naczynia; naciek ten prawie cały wraz z warstwą mięsną jest włóknikowato w odpowiedniem miejscu zmieniony. W miejscach niezwyrodniałych włókna elastyczne bardzo wyraźne błona zewnętrzna *(adventitia)* wogóle znacznie zgrubiała. W miejscu pęknięcia brzegi tętniaka, a zwłaszcza jeden, są wygięte na zewnątrz; naturalnie błona zewnętrzna w tem miejscu też przerwana. Ściana tętniaka walcowatego (przekrój podłużny), cieńsza niż poprzedniego, w całości włóknikowato zmieniona. Na naczyniach mikroskopowych wśród tkanki płucnej zmian twardzielowych nie znalazłem. W włóknikowatych masach i ścianie wszystkich tętniaków nie wykryłem na skrawkach metodą Gramma żadnych drobnoustrojów; jedynie na skrawkach, wziętych z okolicy wnęki płuca lewego, wśród przestworów chłonnych w błonie zewnętrznej *(adventitia)* znalazłem nieliczne wśród ciałek ropnych diplokoki.

Z powyższego opisu, tak makro- jak i mikroskopowego, widać, że w wskazanych miejscach naczynia stwierdziłem: ś w i a t ł o r o z s z e r z o n e, ś c i a n ę c h o r o b o w o z m i e n i o n ą, ś c i ś l e o g r a n i c z o n y b r a k dwóch warstw (błony średniej i wewnętrznej); miejsce ich zajęły bezpostaciowe masy włóknikowate; rozszerzenie, utworzone z zgrubiałej warstwy zewnętrznej *(adventitia)*, jednostajnie nań przechodzącej, a więc nawet, w najściślejszem tego słowa znaczeniu, miałem do czynienia z rzeczywistym tętniakiem *(Aneurysma verum)*.

Zestawiwszy powyżej przytoczone przypadki z moim, widzimy, że rozdzielić je możemy na dwie gromady: na gromadę tętniaków, rozlanych rodzaj „Dehnungs aneurysmen“ Thomy i na drugą, tętniaków ograniczonych, workowatych.

We wszystkich przypadkach tętniaków rozlanych mieliśmy równocześnie zmiany miażdżycowe i rozszerzenie grubych, a zwężenie twardzielowe światła drobnych gałązek tętnicy płucnej. Wbrew zapatrywaniu Wolframa, który tętniak, przez siebie spostrzegany uważa za zmianę pierwotną, wywołaną wrodzonem osłabieniem ściany, zmiany zaś na tętnicach za następowe, spowodowane mechanicznie zwiększonem parciem ościennem, sądzę, że zmiany twardzielowe w drobnych naczyniach należy przyjąć za pierwotne *(endarteriitis)*, które wywołały przerost serca i następowo dopiero tętniakowe rozszerzenie pnia i grubych rozgałęzień tętnicy płucnej.

W przypadkach tętniaków ograniczonych uderza ta okoliczność, że dotyczyły one przeważnie kobiet i to w młodym (17, 19, 22 lat) wieku; że u większości wykazać można było przebytą jakąś chorobę zakaźną, i że trzy razy stwierdzono niezarośnięty przewód Botalla.

W przypadku Korczyńskiego mamy dostateczne tłómaczenie tętniaka w zbliznowaceniu ściany, wywołanem postępującem od zewnątrz z worka osierdziowego zapaleniem przewlekłem.

W przypadku Dowsego i Leberta, gdzie mieliśmy zastawki zniszczone, pokryte wybujałościami, dalej tegoż samego charakteru wybujałości w otoczeniu tętniaka, a przytem ostry obrzęk śledziony, tam chociażbyśmy tych tętniaków nie uważali za sprawę ostrą *(aneurysma acutum mycoticum)*, to zawsze mamy dostateczny powód do wytłómaczenia powstania tętniaka w częściowem nadwerężeniu ściany, spowodowanem temsamem schorzeniem, co i na zastawkach w sercu.

W przypadkach Buchwalda, Foulisa i w naszym zachodzi pewne podobieństwo, a mianowicie: wszystkie dotyczą osobników w młodym wieku (17—22—17 lat), we wszystkich tętniaki mają kształt workowaty i znajdują się na przedniej ścianie tętnicy płucnej i we wszystkich mamy utrzymany szeroko otwarty przewód Botalla. To trzykrotne równoczesne pojawienie się tych bardzo rzadkich zmian żadną miarą nie może być przypadkowe, lecz musi budzić myśl pewnej przyczynowej zależności tętniaka, jako zmiany późniejszej, nabytej, od otwartego przewodu Botalla, jako zmiany wcześniejszej, wrodzonej. Przypuszczenie to nabierze pewności, jeżeli uzmysłowimy sobie stosunki, panujące w tętnicy płucnej przy otwartym przewodzie Botalla i zestawimy je z obrazem anatomicznym naszego przypadku. I tak: krew w tętnicy płucnej znajduje się pod znacznie niższem ciśnieniem, niż w tętnicy głównej; przeto w razie niezarośnięcia przewodu Botalla przy każdym skurczu i rozkurczu serca strumień krwi przechodzi z pewną energią w kierunku mniejszego oporu, a więc z tętnicy głównej do tętnicy płucnej. Energia strumienia zależy od różnicy ciśnienia w obu naczyniach i od wielkości poprzecznego przekroju i przewodu. Strumień ten, wpadając z przewodu Botalla porywa krew płynącą przez tętnicę płucną i temsamem z jednej strony odpycha cząstki krwi od ściany przyległej do ujścia przewodu, skutkiem czego ciśnienie w tem miejscu się zmniejszy, a z drugiej strony popycha cząstki krwi do ściany przeciwległej do ujścia przewodu, skutkiem czego ciśnienie w tem miejscu się zwiększy. W ten sposób w tętnicy płucnej, w miejscu odpowiadającem ujściu przewodu Botalla, powstaje nierównowaga ciśnień ściennych, która oczywiście będzie tem większą, im większą jest energia wpadającego strumienia krwi tętniczej z przewodu Botalla do tętnicy płucnej.

Rzecz jasna, że to miejscowe zwiększenie ciśnienia, powtarzające się ciągle i rytmicznie, a więc działające w postaci uderzeń „trauma“, nie może pozostać bez wpływu i musi wywołać oddziaływanie danego miejsca. Oddziaływanie to może się objawić już to przez powstanie zmian rozrodczych (proliferacyjnych postępujących), już to powstaniem zaburzeń wstecznych, względnie przejściem jednych w drugie. To teoretyczne poniekąd rozumowanie znajduje jasną illustracyę i wybitne potwierdzenie w obrazie anatomicznym naszego przypadku, gdzie mamy w tętnicy płucnej na ścianie przeciwległej do ujścia przewodu Botalla, w miejscu ściśle ograniczonem, odpowiadającem domniemanemu kierunkowi strumienia krwi, idącej przez przewód Botalla, zgrubienie twardzielowe błony wewnętrznej (intimy) i przerost warstwy mięsnej, jako wyraz zmian rozrodczych i następową przemianę włóknikowatą tegoż twardzielowego zgrubienia i warstwy mięsnej pod niem położonej, jako wyraz następowej zmiany wstecznej. W ten sposób powstałe uszkodzenie ciągłości i nadwerężenie elastyczności ściany naczyniowej jest dostatecznym warunkiem powstania tętniaka, którego szybkość rozrostu zależy w dalszym ciągu od stale utrzymującego się zwiększonego ciśnienia ściennego.

A więc w naszym i jemu pokrewnych przypadkach w drożności przewodu Botalla dopatruję ważnego i jedynego czynnika, wywołującego powstanie tętniaka pnia tętnicy płucnej, drożności, wywołującej miejscowe zwiększenie ciśnienia na ścianę tętnicy [1]).

Na poparcie słuszności tego zapatrywania przytoczyć można i to, że w ogóle wszelkie podwyższenie ciśnienia w układzie tętniczym odgrywa ważną rolę w powstawaniu zmian twardzielowych *(atheromatosis)*, a Thoma wykazał, że miażdżyca w tętnicy głównej rozwija się, znacząc linię, która odpowiada punktom największego ciśnienia prądu krwi; miejsca te są też najczęstszą siedzibą tętniaków.

Niewytworzenie się tętniaka pomimo otwartego przewodu Botalla nie przemawia przeciw wyżej wyrażonemu zapatrywaniu, gdyż, jak z poprzedniego wywodu wynika, powstanie tętniaka nie zależy li tylko od obecności przewodu, jako takiej, lecz od energii strumienia krwi, idącej przez przewód, czyli od przekroju poprzecznego przewodu i od różnicy ciśnień w obu głównych pniach naczyniowych. Światło przewodu może być w każdym poszczególnym przypadku innem; różnica ciśnienia (która już w fizyologicznych warunkach nie jest stałą)[2]), wskutek zmian patologicznych, jak n. p. wskutek znacznego przerostu serca prawego, może wybitnie się zmniejszyć, co wszystko, pominąwszy już odporność ściany, względnie ustroju, może być dostatecznym powodem do niewytworzenia się tętniaka, natomiast wystarczać do powstania zmian twardzielowych, jak to miało miejsce w przypadkach: Gerharda i Helba. („Die angeborenen Herzkrankheiten“ von H. Vierordt).

---

[1]) Tego zapatrywania, jakkolwiek go nie motywuje, jest też i Foulis mówiąc ›by far the commonest cause of an aneurismal dilatation of the pulmonary artery is the existence of a patent ductus arteriosus‹.

[2]) Physiologie. Landois. Stosunek ciśnienia w tętnicy głównej oceniali: Beutner & Marey jak 1:3 Goltz & Gaule 2:5.

Tyle co do tętniaka pnia; co się zaś tyczy tętniaków rozgałęzień lewej tętnicy płucnej, to nie wiele możemy powiedzieć.

Obraz mikroskopowy stanowczo wyklucza pochodzenie pasorzytnicze, a wskazuje na pochodzenie twardzielowe (sclerotyczne). Jako czynnik wywołujący twardziel mamy przedewszystkiem zwiększone ciśnienie krwi w krażeniu małem, wywołane obecnością otwartego przewodu Botalla i następowym przerostem serca prawego. Umiejscowienie tętniaków tylko w płucu lewem, a więc na rozgałęzieniach ramienia, do którego uchodził przewód Botalla, wskazuje przez analogię na pewną ich zależność od otwartego przewodu, a w każdym razie ani umiejscowienie, ani obecność tętniaków nie przemawia przeciw zapatrywaniu, wpływu otwartego przewodu Botalla na powstanie tętniaka pnia tętnicy płucnej.

III. Wyciągi.

Woyer. **Przyczynek do stosowania przetworów srebra Credégo w ginekologii i położnictwie.** *(Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 42). Itrol miał oddawać autorowi znakomite usługi przy ranach i owrzodzeniach sromu, nadto w zmianach rzeżączkowych pochwy. W nieżytach szyjki macicznej poleca W. stosować go w postaci pręcików, zakładanych do szyjki według przepisu: *Itroli 2·50, Cerac alb. 1·50, Ol. cacao 9·00.* Na 30 pręcików.

Następnie przytacza W. historyę położnic, dotkniętych posocznicą, które były leczone wcieraniami *unguentum Credé.* Lekowi temu W. przypisuje bardzo szybkie i pewne działanie lecznicze. *P.*

Rômniceanu i Rolin. **Sto trzydzieści przypadków zapalenia pochwy u młodych dziewcząt na tle rzeżączkowem.** (*Wiener med. Presse* 1901, Nr. 43). Zebrawszy atystystykę ostrego zapalenia sromu i pochwy u młodych dziewcząt przychodzą autorowie do przekonania, że cierpienie to trafić się może tak dobrze u dziewczątek kilkomiesięcznych, jak i kilkoletnich. We wszystkich przez siebie spostrzeganych przypadkach znajdowali oni prócz licznych drobnoustrojów zawsze i gonokoki, ztąd twierdzą, że bardzo znaczna liczba przypadków zapalenia pochwy, uważanych za zwykłą postać nieżytową, jest wywołana przez gonokoki. Droga zakażenia nie jest dokładnie znana; może nastąpić zakażenie przez spanie w pościeli, w której spał ktoś cierpieniem tem dotknięty, przez kąpiel w wannie, której używał chory na rzeżączkę, wreszcie może nastąpić zakażenie już podczas porodu od matki, dotkniętej tem cierpieniem. Rozpoznanie, czy zapalenie pochwy jest na tle gonokoków, uskutecznia się drogą bakteryologiczną. Do leczenia należy używać przestrzykiwań 1—2% rozczynem azotanu srebrowego i zmywań sromu 4% kwasem borowym. *P.*

Prof. Kassowitz. **Zatrucie wyskokowe** (*Alcoholismus*) **w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1 października 1901, str. 512—541). Ostre zatrucie wyskokiem zdarza się naturalnie i u dzieci, a bywa nawet i śmiertelne. Większe znaczenie ma zatrucie przewlekłe, wywołane stałem używaniem wyskoku, bądź ze zwyczaju domowego, bądź też, jak się często zdarza, z polecenia lekarza. Oseski pośrednio dostają czasem tę truciznę z mlekiem karmicielki, jeśli ta uważa za konieczne wypijanie znacznych ilości, zwłaszcza piwa. Następstwem tego jest niepokój dziecka, dochodzący nieraz aż do drgawek. Znaczna ilość przytoczonych historyj chorób ilustruje następstwa przewlekłego spożywania wyskoku. I tak, znane są autorowi przypadki typowego obłędu opilczego, zwłaszcza występującego łącznie z chorobami gorączkowemi. Innym razem co kilka dni powstają drgawki, lub napady padaczki, pląsawicy itd. Wszystkie te zaburzenia ustają po usunięciu wyskoku. Dzieci te tak często cierpią na brak łaknienia, że Kassowitz w każdym podobnym przypadku tego cierpienia wypytuje się o używanie wyskoku. Zdarzają się też kurcze żołądkowe, przerost wątroby, dochodzącej nieraz do spojenia łonowego. Wreszcie zwraca K. uwagę na możność powstawania przewlekłej choroby Brightа i wyraża przypuszczenie, że i inne przypadki przewlekłych chorób nerkowych o ciemnej etyologii mogłyby mieć za podstawę nadużywanie wyskoku. Kassowitz wyraźnie się zastrzega, jakoby przypadki przezeń przytoczone były czemś nieznanem. Lecz autorowie, którzy o tej sprawie pisali, nie wyciągnęli ostatecznych wniosków. Kassowitz zarzuca niektórym autorom brak konsekwencyi: nie może pojąć, jak jeden i tensam autor[1]) raz twierdzi, że nie należy zdrowemu dziecku podawać wyskoku, bo on mu nietylko nie jest potrzebny, ale przeciwnie. wpływa wprost zabójczo, podkopuje zdrowie, moralność i t. d., i tenże sam autor nie waha się zalecać choremu, więc ustrojowi mniej odpornemu, ten sam wyskok i to przez tygodnie i miesiące.

Są autorowie, którzy z jednej strony wskazują na niebezpieczeństwo podawania wyskoku w chorobach nerkowych, a z drugiej strony polecają go w płonicy i błonicy, wiedząc o tem dobrze, jaką walkę już nerki staczają w tych chorobach z toksynami.

Albo się czyta, że alkohol wpływa ujemnie na energię życiową, na inteligencyę, wolę i poczucie moralności, a w końcu, że wogóle układ nerwowy dziecka jest na tę truciznę wrażliwszy, niż ustrój człowieka dojrzałego. Należałoby się potem spodziewać ostrego zakazu używania wyskoku wogóle u dzieci, a tymczasem znajduje się tylko ogólnikowe zdanie, że u dzieci z wrażliwym układem nerwowym trzeba się tego środka wystrzegać. Czyż jednak w każdym przypadku da się przedmiotowo oznaczyć, że to a to dziecko ma układ nerwowy mniej lub więcej wrażliwy? Chyba nie.

Wprawdzie ten sam autor poleca w tejże pracy wstrzymać się od podawania wyskoku aż do szóstego roku życia, ale wartość tego terminu przedstawi się nam w należytem świetle, jeżeli zważymy, że mózg dziecka właśnie w tym okresie ma zacząć naprawdę pracować i wtedy równocześnie tę, dla czynności umysłowych tak szkodliwą substancyę wchłaniać.

Oto próbki polecania alkoholu przez jego przeciwników, a cóż dopiero powiedzieć o jego zwolennikach.

Nie można wobec takiego stanu rzeczy się dziwić, że daty statystyczne, zebrane w jednej z szkół ludowych, w ten sposób się przdstawiają: 26·6% nie piło wcale wyskoku, 27·6% czasem, 49·7% dostaje go regularnie, a z tych niektórzy kilka razy na dzień. W innej szkole ludowej na 247 dzieci między 7—8 rokiem życia jedno nigdy nie piło wyskoku, a tylko 67 (25%) było takich, które nigdy nie piły likieru, lub koniaku; 110 dzieci dostawało codziennie piwo lub wino, a z tych 20 codziennie piły koniak „dla wzmocnienia“. W obu szkołach zauważono, że uwaga i postępy w naukach były u dzieci, które często lub regularnie pijały wyskok, najmniej zadawalniające. Że podawanie wyskoku jest tak powszechne, winni tu w znacznej części sami lekarze, którzy go tak chętnie w różnorodnych osłabieniach polecają, czy to w postaci zwykłych trunków, czy też tak zw. win lekarskich. Ażeby dać prawdziwy obraz wartości wyskoku z rozmaitych punktów widzenia, Kassowitz stawia następujące pytania.

1) Czy wyskok może służyć jako pożywka i środek oszczędzający tkanki? Odpowiedź wypada przecząco. Dlaczego? Zapał dla podawania wyskoku w chorobach ostrych i przewlekłych datuje się od chwili, gdyśmy się dowiedzieli, że ostatecznymi wytworami utlenienia wyskoku są CO_2 i H_2O, a więc te same, co węglowodanów i tłuszczów i gdy na tej podstawie powstało złudzenie, że wyskok potrafi przez swoje spalenie uchronić ustrój od rozpadu, jak to czynią węglowodany i tłuszcze. Tymczasem nowsze badania fizyologiczne wykazały coś wprost odwrotnego. Sam fakt łatwego spalania się wyskoku nie wystarczy obecnie już do podtrzymania twierdzenia, jakoby on miał chronić i oszczędzać białko ustroju. Dziś już wiemy, że i inne ciała, jak gliceryna, kwas mlekowy, kwas masłowy i octowy dają te same wytwory spalenia, a mimoto żadnego odżywczego działania nie posiadają. Przeciwnie, widocznie potęgują one wydzielanie azotu na dowód, że rozkładają białko. A wyskok? Czyż ten zachowuje się inaczej? Nie. Działa on zabójczo na białko, jeszcze wybitniej, niż powyższe substancye. Czy należy się dziwić? Wszak nie znamy środka, któryby, będąc trucizną, więc niszczycielem ustroju, mógł równocześnie być jego budowniczym. Dlaczego wyskok miałby być wyjątkiem? Węglowodany i tłuszcze nietylko na papierze oszczędzają ustrój. a działanie ich dodatnie nie polega bynajmniej na błędnej dedukcyi, ale zostało udowodnione przez setki spostrzeżeń i doświadczeń. Czyż te środki więc nie mogą zastąpić tego wyskoku? 2) Czy alkohol jest środkiem, pobudzającym żołądek? Przeciw podawaniu go przemawiają z jednej strony spostrzeżenia kliniczne Kassowitza, z drugiej spostrzeżenia, zrobione przy sztucznem trawieniu i liczne doświadczenia na ludziach. Podmiotowe uczucie łaknienia jest wynikiem przytłumienia uczucia niechęci do jadła, a niepodniecenia czynności trawienia. 3) Na pytanie, czy wyskok jest lekiem przeciwgorączkowym, Kassowitz zaznacza, że potrzeba znacznej jego dawki, ażeby gorączkę zniżyć o 0·5 stopnia. Zniżka następuje wskutek porażenia naczyń obwodowych. Ile jednak wyskoku można dać dziecku, tego wogóle nie wiemy,

[1]) Demme: Ueber den Einfluss des Alkohols auf den kindlichen Organismus.

a co ważniejsze, niewiadomo, jakie jeszcze ośrodki równocześnie się poraża. 4) Większy ustęp autor poświęca pytaniu, czy wyskok jest odpowiednim środkiem wzmacniającym i podniecającym. Ze stanowiska teoretycznego wydaje mu się niesłusznem, ażeby w obawie przed porażeniem mięśnia sercowego podawano właśnie taki środek, co do którego udowodniono, że działa na żywą protoplazmę trująco i niszcząco. Znaczna ilość przypadków Aufrichta, który nie daje nigdy choremu wyskoku, nawet wtedy, gdy ma zapalenie płuc, dalej statystyki niektórych szpitali angielskich, w których chorzy nie oglądają nigdy wyskoku i w końcu własne doświadczenie autora na dzieciach, w których liczbie rok rocznie stwierdził wielką liczbę zapaleń płuc, leczonych z bezwzględnem wykluczeniem wyskoku, wykazuje dowodnie, że mamy tu do czynienia tylko z zakorzenionym przesądem o niezbędności wyskoku w leczeniu niektórych chorób, np. w zapaleniu płuc.

Autor występuje ostro przeciw podawaniu wyskoku w chorobach gorączkowych dlatego, bo często mógł zauważyć u dzieci, u których go stosowano, śpiączkę, a obraz chorobowy stawał się niejasnym, zamglonym. O działaniu podniecającem nie mógł się nigdy, mimo najlepszych chęci, przekonać.

Fizyologia i farmakologia nowoczesna prawie jednomyślnie orzekają, że okres podniecenia trwa tylko krótko, i że stale potem następuje szybkie odczynowe porażenie; a czyż można wykluczyć przypuszczenie, że działanie tego środka przy stałem podawaniu sumuje się i że wtedy wywołuje on przytoczone następstwa? Kassowitz zapewnia, że od 10-ciu lat odstąpił zupełnie od podawania wyskoku. Rok rocznie ma w swej praktyce znaczne liczby zapaleń płuc itp i wszystkie dobrze się kończą. Jego 14-letni syn, który przez cztery tygodnie gorączkował z powodu zapalenia płuc na tle grypy, wyszedł z niej cało bez kropli wyskoku. Jakkolwiekby się kto zapatrywał na podawanie tego środka w gorączce, to, jak sądzi K., każdy przyzna mu słuszność, że my właściwie nie mamy prawa dla zapobiegania osłabieniu serca podawać środka, co do którego się obecnie wie napewno, że potęguje rozkład żywego białka, że upośledza trawienie, że działa porażająco na narząd mięśniowo-nerwowy. Rzadko spotyka się twierdzenie, że wyskok działa antyseptycznie w chorobach takich, jak róża, zapalenie płuc i t. p.; tym klinicystom możnaby odpowiedzieć, że do takiego działania potrzebaby bardzo wielkich i skoncentrowanych ilości.

Znana jest wrażliwość pijaków na wszelkie choroby zakaźne, dlaczegoż przez podawanie wyskoku taką wzmożoną wrażliwość sztucznie sprowadzać?

Autorowi wydaje się wprost nielogicznem polecanie tego środka w błonicy i płonicy, jeżeli się o tem wie, że wielu badaczy spostrzegało przejściowy białkomocz po użyciu nawet małych ilości i to przez zdrowych. W błonicy i płonicy, gdzie nerka i tak jest narażoną na szkodliwości, utrudniać jej tę walkę przez dodanie wyskoku jest czemś, co niczem nie da się usprawiedliwić.

Kassowitz kończy zdaniem, że ktokolwiek sobie uprzytomni te wszystkie złe strony używania wyskoku i ten fakt, że na jego usprawiedliwienie niema żadnej prawdziwie dodatniej, ten musi stać się otwartym, przeświadczonym i bezwzględnym jego przeciwnikiem.

Dr. Leon Bross.

Cavazzani. **Zastosowanie czosnku w gruźlicy płucnej.** (*Policlinico* 1900, str. 724, — *Internat. Med. Magazine, June*, 1901). Autor podaje wyniki szeregu doświadczeń, przedsięwziętych w szpitalu miejskim w Wenecyi, dla wyjaśnienia działania czosnku w gruźlicy. Czosnek kraje się na drobne kawałeczki i suszy się czas krótki; w takiej postaci podaje się 4—6 gramów na dobę w drobnych dawkach i z różnymi dodatkami (nieleczniczymi) dla uniknięcia obrzydzenia, które odczuwa wielu chorych do czosnku. Zgórą 200 suchotnikom podawano czosnek w szpitalu przy jednoczesnem leczeniu higienicznem i objawowem: polepszenie podobno spostrzegano we wszelkich okresach gruźlicy, szczególnie we wczesnych. Plwocina staje się śluzową, liczba laseczników zmniejsza się stopniowo i w końcu dochodzi do zera; kaszel ustaje, miejscowe objawy fizykalne ustępują, poty nocne i krwioplucie nikną i daje się zauważyć wyraźne wzmożenie łaknienia i polepszenie ogólnego stanu. (Wobec taniości i łatwości dostania czosnku spostrzeżenia przytoczone miałyby niemałe znaczenie, szczególnie dla biednych klas, gdyby zostało dowiedzione, iż dodatnie wyniki zależały tu od owego „swoistego“ leku, a nie „higienicznego i objawowego leczenia“, które było stosowane jednocześnie. *Sprawozdawca*).

St. Rudzki.

Charles Parker. **Kierunki prądów powietrznych przy oddechaniu nosowem.** (*The Lancet*, 7 lipca 1901). Metodyka badań była następująca: przy wdechaniu powietrze nasycało się pyłkiem widłaka (*lycopodium*), który rozpylano na odległość 20 centymetrów od nosa: osiadając w zagłębieniach nosowych, proszek wskazuje drogę, którą przechodziło powietrze. Przy wydechaniu zastosowywano dym tytoniowy: najpierw lekkie wydmuchiwanie, potem silne, połączone z badaniem nozdrzy zapomocą wziernika nosowego.

Badania wykazały, iż przy wdechaniu przez prawidłowy nos powietrze przechodzi przez średni i górny przewód, nigdy natomiast przez dolny; to też wszelkie zmiany kształtu przegrody nosowej w dolnym przewodzie nie przeszkadzają wdechaniu; przerost dolnej muszli ma również znaczenie tylko wtedy, gdy zwęża wejście do średniego przewodu; polipy i przerost średniej muszli znacznie utrudniają wdechanie. Również nowotwory, wychodzące z podstawy jamy nosowo-gardzielowej, mogą być wielką przeszkodą przy wdechaniu, gdyż znajdują się na prostej drodze prądu powietrza.

Doświadczenia z widłakiem mogą mieć wielkie praktyczne zastosowanie: wszelkie nieprawidłowości w jamie nosowej, niepokrywające się proszkiem, nie są *eo ipso* zawadą przy wdechaniu i nie podlegają tem samem potrzebie usunięcia.

Przy wydychaniu powietrze przechodzi głównie przez przewód dolny i tylko przy silnym wydechu poczęści i przez średni. Dlatego też zmiany, wywołujące zwężenie dolnego przewodu, najwięcej utrudniają wydech. *St. Rudzki.*

Winternitz. **Kąpiele, jako źródło zakażenia.** (*Klin. therap. Wochs.* Nr. 40). Doświadczenia Stroganowa i Stichera nad zakażeniem części rodnych, głównie pochwy, przez kąpiele, skłoniły autora do przeprowadzenia szeregu doświadczeń. W doświadczeniach swych kąpał on ciężarne przez 15 minut w silnym roztworze eozyny, w roztworze tuszu i mimo że cała skóra przybierała odpowiednie zabarwienie, przybłonek i wydzielina pochwy były bez zmian. W innych doświadczeniach dodawał do kąpieli 20—25 gramów węglanu litowego i następnie badał wydzielinę pochwy w spektroskopie, lecz i to dało wynik ujemny. Na podstawie tych doświadczeń przychodzi W. do przekonania, że płyn z kąpieli nie może dostawać się do pochwy, mimoto jednak należy zawsze do kąpieli używać wanien czystych, najlepiej metalowych, odkażonych wyskokiem; woda do kąpieli nawet dla tejsamej osoby powinna być na każdy raz świeża, a nadto, po kąpieli części rodne na nowo powinny być odkażone. *P.*

Dr. P. Müller. **Topografia wyrostka robaczkowego.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 27, 1901). Badania anatomiczne wykazują, że wyrostek robaczkowy w tem miejscu przyczepia się do kątnicy, w którem przecinają się trzy taśmy podłużne. W trudnych przypadkach operacyjnych można się tymi względami pokierować. W ostateczności wystarczy śledzenie wzdłuż środkowego pasma wolnego.

Herman.

Prof. v. Eiselsberg. **Przyczynek do techniki zeszywania podniebienia.** (*Archiv Langenbecka* T. 64, Z. 3). W przypadkach zwyczajnych posługuje się E. znaną metodą Langenbeck-Billrotha. Kiedy jednak rozszczep jest niezwykle szeroki, tak, że nie da się pokryć sposobem zwyczajnym, używa różnych metod improwizowanych. Nie wdając się w szczegółowe opisywanie, zaznaczamy, że 1) w jednym przypadku użył płata wyciętego z przedramienia; 2) w drugim dla pokrycia *uranocoloboma anticum duplex* użył błony śluzowej, zdjętej w płaszczyźnie czołowej z kości międzyszczękowej; 3) w trzecim przypadku dla pokrycia przodkowej połowy szerokiego rozszczepu posłużył się jednostronnym płatem błony śluzowej z kości lemieszowej; 4) w ostatnim wreszcie, gdzie istniało *uranocoloboma anticum* i równocześnie wpadnięty nos, użył małego palca do równoczesnego pokrycia otworu i uniesienia końca nosa. *Herman.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

20. Posiedzenie naukowe odbyło się w klinice chirurgicznej dnia 15 listopada 1901 r.

Przewodniczący kol. Sołowij, członków obecnych 48.

Kol. Przewodniczący na wstępie odczytuje list od Dr. Leona Nenckiego, w którym dziękuje za objawy współczucia i wzięcie udziału w uczczeniu tak wcześnie zgasłego św. p. Marcelego Nenckiego; dalej odczytuje okólnik c. k. Namiestnictwa z d. 23 X. 1901. L. 113510. w sprawie Kongresu lekarskiego w Kairze. (Szczegóły zjazdu są podane w Nr. 42 tygodnika »das österreichische Sanitätswesen«).

Kol. Rydygier okazuje zmiany i najnowsze urządzenia, które zaprowadził obecnie w swej klinice; zmiany te prowadzą do osiągnięcia możliwie dokładnej aseptyki: sal, przyrządów, narzędzi, a tem samem rąk operującego i pola operacyjnego.

Nowe urządzenia w sali dla laparotomii, sterylizacya wody zimnej do mycia rąk, zrobienie osobnego wejścia z ulicy do poczekalni dla chorych stanowią główną i najważniejszą część tych zarządzeń. W czasie zwiedzania urządzeń kol. R. udzielał objaśnień zgromadzonym, po zwiedzeniu zaś wywiązała się długotrwała dyskusya na temat, czy tak wspaniałe i dokładne urządzenia na klinikach w ogóle, nie odbierają ducha i nie onieśmielają lekarzy praktykujących w domach prywatnych, do przedsiębrania nawet najlżejszych zabiegów operacyjnych.

Sprawa ta może być z jednej strony niekorzystną dla pacyentów, a z drugiej znów strony odsełanie wszystkich prawie przypadków do klinik i głównych szpitali przeciąża je niepotrzebnie. Sprawę tę poruszył kol. Strojnowski; w dalszej dyskusyi przemawiali koledzy: Obtułowicz, Mars, Barącz, Wątorek, Kośmiński i Rydygier. Treścią ich przemówień było: że kliniki, będąc szkołą, muszą z postępem nauki ciągle postępować, muszą same mieć, wypróbowywać i uczniom wszelkie nowe przyrządy i ulepszenia pokazywać. Wpojenie zasad antyseptyki i aseptyki nie jest sprawą nauki, lecz przyzwyczajenia. Lekarz z wpojonemi zasadami bezwzględnej czystości nie wykroczy przeciw niej nigdy; pouczenie i zwrócenie uwagi, że można małymi i prostymi środkami nieraz tych celów dopiąć, jest obowiązkiem ciała nauczycielskiego. Sposób zaradzenia w przypadkach nagłych i nieprzyjaznych zawsze zależeć będzie od danych okoliczności, a przedewszystkiem od sprytu oryentacyjnego lekarza.

Kol. Herman przedstawił kobietę 60 l. z gruźlicą sutka prawego. — Naciek na powierzchni owrzodziały. Zakażenie miało powstać z powodu uszczypnięcia. — W sutku lewym świeże powierzchowne nacieki w skórze.

Kol. Rydygier przedstawił dziewczynkę 13 l., u której wykonał wycięcie kiszki stolcowej z powodu raka.

Kol. Ślęk przedstawił kobietę l. 27. z guzem wielkości głowy mężczyzny, umiejscowionym pod pachą lewą. Guz na podstawie nakłócia próbnego rozpoznano jako chłoniak.

Dr. Krzyszkowski, sekretarz.

V. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Dokończenie).

Sekcya higieniczno-demograficzna.

10. V. Růžička (Praga): **O higienicznej wartości płynów, używanych do płókania ust.** Działanie odkażające rozmaitych rozczynów, używanych do oczyszczenia jamy ustnej, sprowadza się prawie do zera, gdyż rozcieńczenie tych płynów jest zanadto znaczne i czas stykania się ich z błoną śluzową — za krótki. Oprócz tego żaden ze środków podanych, a zwykle do płókań używanych, nie rozpuszcza śluzu. Jedyne ich działanie jest odwaniające, pod którym to względem środki używane okazywały znaczne różnice. Najlepszym więc przetworem do odkażania jamy ustnej jest oczyszczanie mechaniczne.

11. Dr. B. Bouček (Podebrady) podnosi przeciążenie pracą młodzieży w szkołach normalnych, doprowadzające do przedwczesnego znużenia, zarzuca to samo szkołom średnim i wyższym; przedstawia rezolucyę, wzywającą rząd do zwołania ankiety pedagogów i lekarzy, którzyby się zastanawiali nad przytoczonymi zarzutami i zaproponowali odpowiednie reformy. Rezolucyę przyjęto.

12. Dr J. Elgart (Berno): **Zapobieganie ostrym chorobom wysypkowym w szkołach.** Szerzenie się zarazka tych chorób odbywa się najprawdopodobniej na drodze oddechowej i to najwięcej w pierwszym okresie choroby, w okresie nieżytów spojówek i przewodów oddechowych, oraz w okresie łuszczenia się naskórka. Dla tego trzeba zabronić uczęszczania do szkoły dzieciom już w pierwszym okresie, a nie dopiero w czasie wysypki. Nauczyciel powinien — zdaniem autora — odsyłać do domu każde dziecko z nieżytem spojówek lub zapal. gardła, w domu zaś lekarz rozstrzygnie o przyrodzie choroby. Tak samo trzeba trzymać ozdrowieńców przez dłuższy czas w domu i uważać, ażeby nawet poza szkołą dzieci także nie stykały się z zdrowymi. Ostatecznym środkiem dopiero powinno być zamknięcie szkoły.

13. Dr. V. Kleima (Praga): **Kolonie wakacyjne dla dziatwy w wielkich miastach.** Ujemny wpływ szkoły odbija się daleko więcej na dzieciach rodziców biednych, niż na dzieciach z rodzin majętnych, a ten znowu biedne dzieci prędzej znoszą po wsiach, aniżeli dzieci w takich samych stosunkach w mieście. Dowodem tego są badania (mierzenie) i zestawienia Dra Matiegki. Naprawę złego w tym kierunku obrały sobie za cel towarzystwa dla kolonij wakacyjnych. Badania hematologiczne, jakoteż doświadczenia nauczycieli wykazały, że kilkotygodniowy pobyt na wsi działa u takich dzieci nader pomyślnie. W Pradze istnieje towarzystwo podobne od r. 1892, (założone przez lekarza dra Medala), wysyłające co roku około 400 dzieci na wieś. Prelegent kończy wywody swoje, formułując je w kilku punktach i zachęca do jak najszerszego popierania wymienionego towarzystwa.

14. Arch. F. Velich (Praga): **Higiena w budowaniu szkół.**

15. Dr. Č. Klika (Praga): **Samogwałt w szkole.** Temat ten zasługuje na uwagę ze względu na znaczne rozpowszechnienie samogwałtu w szkołach w czasie dojrzewania płciowego, oraz ze względu na złe jego następstwa. Aby temu zapobiedz, należy starać się o wyrobienie silnego charakteru i woli u młodzieży, podnieść jej moralność wogóle i zaprowadzić ściślejszy nad nią nadzór. Nauczyciel powinien być poinformowany co do higieny płciowej, ażeby tem łatwiej mógł wykryć złe. Najwięcej poradziłby pod tym względem lekarz szkolny. W celu przeszkodzenia ciągle wzrastającej zmysłowości należałoby zarządzić pouczenie o sprawach płciowych, ażeby odwrócić umysł od własnego badania w tym kierunku. Publiczność zaś powinna wiedzieć o szkodliwych następstwach samogwałtu, zapomocą odpowiednich odczytów i broszur.

16. Doc. Stan. Růžička (Praga) **Pożądane reformy na polu higieny w naszem szkolnictwie.** Autor zebrał główne punkta w następującej rezolucyi: 1) O higienę w szkołach powinno się dbać w równym stopniu, jak o rozwój umysłowy i moralny. 2) Najodpowiedniejszym środkiem do tego celu jest uorganizowany nadzór higieniczny w szkołach, lekarze szkolni. 3) Gry gimnastyczne i spacery mają być objęte programem przedmiotów obowiązkowych i to nawet u dziewcząt. Naukę pewnych przedmiotów (hist. natur., fizyka, geografia ogólna itd.) powinno się odbywać również w otoczeniu przyrody. Do tego celu też mogą służyć wakacyjne wycieczki z młodzieżą. 4) W każdej szkole trzeba wypracować osobną instrukcyę dla osób, utrzymujących w nich czystość. 5) Najwyższą liczbę uczniów, przypadających na jednego nauczyciela, należy zmniejszyć do połowy, t. j. 40. 6) Podniesienie wykształcenia i stosunków społecznych nauczycieli. 7) Dokładna rewizya materyału naukowego i usunięcie rzeczy bez wartości praktycznej lub wychowawczej. 8) O ile to możebne stwarzać dla dzieci mniej pojętnych specyalne klasy lub szkoły z rozkładem odpowiednio zmienionym. Liczba uczniów powinna w klasach takich być małą (15). 9) Zaprowadzić od najniższych aż do najwyższej klasy w odpowiedniej formie naukę o ciele ludzkiem i jego pielęgnowaniu. Wprowadzenie w życie tych zasad poleca się rządowi, który powinien w tym celu przedewszystkiem zwołać ankietę pedagogów i lekarzy higieników.

17. J. Klenka, nauczyciel gimnastyki (Praga). **O fizycznem wychowaniu w szkołach.** Prelegent przemawia za szerszem uprawianiem gimnastyki i gier we wszystkich szkołach, za lepszem uorganizowaniem gimnastyki, za szerszem wykształceniem (w anatomii, fizyol., higienie i pedagog.) nauczycieli gimnastyki. Nadzór powinni wykonywać specyalni inspektorowie krajowi, w ministeryum zaś należy stworzyć zawodową radę ze specyalistów lekarzy i nauczycieli.

18. Kazásek, naucz. gimn. (Berno). **Szkoła i wychowanie fizyczne.** Autor wyraża zapatrywania i życzenia podobne, jak i prelegenci poprzedni. Żąda oprócz tego większego zainteresowania się fizycznym stanem młodzieży (oznaczanie różnych wymiarów ciała, oczu i włosów, stan zmysłów itd.) i wielką kładzie wagę na gry i sport, nawet poza szkołą.

19. Dr. A. Merhaut (Hlubočepy): **Znaczenie i działanie tłuszczu mlecznego w wieku dziecinnym i zmiany, którym ulega w mleku kobiety i mleku krowiem.** Na podstawie doświadczenia nabytego w własnym zakładzie wyrobu mleka dla osesków i na podstawie spostrzeżeń klinicznych autor wnosi: Tłuszcze mleka są substancyą odżywczą, niezbędną dla dziecka i nie można ich zastąpić niczem innem. Wpływają one też na uregulowanie stolca. Tłuszcze mleka krowiego różnią się o tyle od tłuszczu mleka kobiecego, że pierwsze zawierają więcej kwasów tłuszczowych lotnych (kw. masłowego). Ilość kwasów tych zależną jest od sposobu karmienia krów i od stanu ich wogóle. Dotychczasowy sposób sztucznego żywienia dzieci rozcieńczonem mlekiem krowiem jest niewystarczający, gdyż dziecku potrzeba przynajmniej 1·5% tłuszczu

na 1% białka w mleku, ażeby uniknąć zaparcia stolca. Większa zawartość zaś tłuszczu wywołuje biegunki. U noworodków i dzieci z chorobami przewodu pokarm. natomiast stosować trzeba mleko w tłuszcz ubogie (1·25% tł. na 1% białka), t. zn. zwykle mleko zbierane i wodą rozcieńczane. Jeżeli stan chorobowy, w którym dzieci nieznoszą mleka tłustego, trwa dłużej, trzeba dodawać substancyj ułatwiających trawienie (wody wapiennej, soli kuchennej, skrobi z małym odsetkiem soli potasowych, np. mączka jęczmienna lub ryżowa).

20. O. Laxa (Praga) **O przechowywaniu mleka.** Przeciw sposobom chemicznym przechowywania mleka można podnieść liczne zarzuty. Wyjątek stanowi ozon, którego działanie autor bliżej badał. Jednak niszczy on zarazki tylko w nieznacznej mierze, a resztę osłabia tylko do tego stopnia, że kiśnienie mleka przy 30° przydłuża się o 2 dni. W praktyce sposobu tego zastosować nie można, gdyż mleko nabiera przy nim nieprzyjemnej woni i smaku. Prąd elektryczny nie nadaje się do tego celu dla tego, że białko szybko się ścina i mleko ulega rozkładowi. Pozostaje najprostszy i najlepszy sposób dotychczasowy: kombinacya ogrzewania i chłodzenia mleka, jako środek, zapomocą którego mleko utrzymuje się najdłużej w stanie odpowiadającym wymaganiom higienicznym.

21. Mnc. F. Davidović-Marušić (Omiš-Almissa) **O leczeniu ludowem w Dalmacyi.**

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie

z II-go Zjazdu lekarzy okręgowych z dnia 23 listopada 1901 r. we Lwowie.

Pomimo równocześnie ogłoszonego Zgromadzenia Tow. Samopomocy lek. w Krakowie i większego zajęcia jesiennego lekarzy, zebranie lekarzy okręgowych było licznem. Mniej dopisali lekarze zachodniej części kraju. Ze zaproszonych gości brali udział: JWny Pan Radca Dworu Dr. Merunowicz, Radca Dr. Festenburg, Radca Dr. Borzycki, Prof. Dr. Mars poseł na sejm krajowy, Radca Dr. Stella Sawicki zastępca członka Wydziału krajowego, poseł na Sejm krajowy JWny Sękowski i sekretarz Wydziału krajowego Wny Pan Słomkowski.

Posiedzenie zagaja Dr. Natter i proponuje na prezesów honorowych Zjazdu obecnych gości, co zgromadzeni przez aklamacyę przyjmują, na sekretarzy zaś powołuje Dra Ustrzyckiego i Dra Zasackiego.

Dr. Natter, powołany jednogłośnie na przewodniczącego, wyraża w gorących słowach podziękowanie imieniem lekarzy okręgowych przedstawicielom Wysokich Władz, a w szczególności JWnemu Panu Radcy Dworu Drowi Merunowiczowi za niezwykle gorliwe, pełne wyrozumiałości i ochotne do wytężającej pracy starania dotychczasowe w celu poprawienia istniejących usterek ustawy dla służby zdrowia z r. 1891, zmierzającego równocześnie do umożliwienia sytuacyi lekarzy tej instytucyi.

Następnie podaje do wiadomości, że komitet, wybrany na I. Zjeździe, wywiązał się możliwie należycie ze swego zadania, pomimo bardzo trudnego położenia. Przedłożył bowiem władzom wyczerpujące zestawienie uchwał Zjazdu, umotywowanych rozległemi wyjaśnieniami, a mianowicie do Wys. Sejmu, c. k. Namiestnictwa i Wydziału krajowego w poszczególnych obszernych podaniach. Podania te na żądanie ogółu odczytano, na zapytanie przewodniczącego, nikt nad tem sprawozdaniem ani głosu nie zabierał, ani wniosków nowych nie stawiał, całość jednogłośnie do wiadomości przyjęto. Tutaj wspomina przewodniczący, że prócz tych podań, nie omieszkali członkowie Komitetu podawać wyjaśniające artykuły bądź to w »Przegl. lek.« bądź też w pismach codziennych, z zachowaniem zawsze etyki i powagi stanu. Potem zabrał głos Radca Dworu Dr. Merunowicz i nadmienił, że obecnie opracowuje się już projekt zmiany ustawy z dnia 2 lutego 1891 z uwzględnieniem wielu postulatów lekarzy okręgowych, a nadto zmierza do praktycznego zastosowania służby zdrowia dla dobra społeczeństwa i kraju.

Następnie zastępca Członka Wydziału krajowego i poseł na Sejm, Wp. Sękowski w przemówieniu swem zapewnia, że staraniem jego będzie popierać w sferach miarodajnych wszelkie usprawiedliwione i słuszne żądania lekarzy okręgowych.

Gdy zresztą nikt więcej w dyskusyi głosu nie zabierał, zgromadzeni na wniosek kol. Cieszewskiego uchwalili podziękowanie niestrudzonemu i pełnemu poświęcenia w akcyi komitetowi, wybierając i delegując go nadal do wytkniętego działania.

Przewodniczący: *Dr. Natter.*

Sekretarze: *Dr. Ustrzycki.* *Dr. Zasacki.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 grudnia.

* Dnia 30 listopada Czeska Akademia umiejętności zamianowała Dra Tadeusza Browicza, profesora Uniw. Jagiell. członkiem czynnym zagranicznym. Zaszczytne to odznaczenie zeszło się z rocznicą 25-letniej działalności naukowej i nauczycielskiej czcigodnego profesora, a obie te okoliczności nastręczyły sposobność obecnym słuchaczom jubilata do wypowiedzenia mu szczerych uczuć wdzięczności w zaimprowizowanym obchodzie jubileuszowym. Wieść o zamierzonej przez młodzież owacyi przedostała się w ostatniej chwili poza obręb szlachetnej zmowy. O zwykłej godzinie wykładowej wypełnił się amfiteatr słuchaczami obojej płci, byłymi jego uczniami, oraz kolegami na różnych polach różnorodnej pracy jubilata. Wchodzącego na salę prof. Browicza powitał chór kantatą, poczem nastąpiły przemówienia: akademika Schalita w imieniu ogółu słuchaczy; prof. Nowaka w imieniu ściślejszego grona byłych uczniów i pomocników; akademika Rzegocińskiego w imieniu Towarzystwa Biblioteki słuchaczów medycyny; dziekana prof. Wachholza w imieniu grona profesorów Wydziału lekarskiego; prof Kostaneckiego w imieniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego; wreszcie prof. Kreutza w imieniu Akademii Umiejętności.

Prof. Browicz wyraził wdzięczność wszystkim za tę serdeczną owacyę i za wypowiedziane powinszowania i życzenia, a zakończył wzniosłym zwrotem do młodzieży.

Wielka liczba otrzymanych telegramów jest miarą znaczenia prof. Browicza w świecie naukowo-lekarskim: prócz depesz z Warszawy, Lwowa, Poznania, Częstochowy i t. d. i t. d. złożyli swe życzenia: Chodounský z Pragi, Ziegler z Fryburga, Weigert z Frankfurtu, Weichselbaum z Wiednia, Eppinger z Gracu, Orth z Getyngi, Renaut z Lugdunu, Prenant z Nancy, Ponfick z Wrocławia i t. d.

Rzadko zdarza się uroczystość tego rodzaju z tak wybitnym akcentem szczerości i prawdy: nie było tu komitetu i szastania się wyfrakowanych komitetowców; nie było egzotycznej zieleni, biustu, porządkowo ponumerowanych mowców; szerokiem za to łożyskiem płynął samorzutny strumień świadomych, jak kwiat polny prostych uczuć. Cała ta piękna owacya nie miała nic w sobie sztucznego, „robionego“, a przedziwnie została zastosowana do znanej skromności i poważnej prostoty czcigodnego jubilata.

Redakcya „Przeglądu lekarskiego“ od szeregu lat ma zaszczyt zaliczania prof. Browicza do swego grona. Od wystąpienia na arenę naukową umieszcza on stale swe prace na łamach naszego czasopisma, a wytrawnem i światłem zdaniem wspiera usiłowania Komisyi redakcyjnej. Kierowana głęboko odczutą wdzięcznością Redakcya „Przeglądu lek.“ podziela z całego serca ogólną radość z powodu odznaczenia profesora Browicza przez Akademię pokrewnego narodu, a w 25-tą rocznicę działalności jego naukowej i nauczycielskiej składa mu serdeczne życzenia, oby w dobrem zdrowiu, z szczerym, jak do tej pory, zapałem do badania naukowego, świecił nam w najdłuższe lata jako wzór poważnego badacza i nieskazitelnego człowieka.

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło d. wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem miało miejsce przedstawienie preparatów ana-

tomicznych, w czem brali udział koledzy: dr. Gliński, dr. Nowotny, prof. Ciechanowski, prof. Pieniążek, doc. Bochenek, i prof. Kostanecki. Następnie odbyła się dyskusya nad odczytem doc. Siedleckiego »O malaryi«, w której wzięli udział: dr. Kędzior, dr. Latkowski i doc. Siedlecki.

* Zjazd lekarzy okręgowych odbył się we Lwowie dnia 23 listopada. Na innem miejscu zdajemy sprawę z tego zgromadzenia. Godzi się zauważyć, że obrady na tym Zjeździe miały wszelką cechę dyskusyi poważnej i przedmiotowej, a trudnoby było nam uwierzyć, ażeby postulaty lekarzy okręgowych nie uzyskały uwzględnienia władzy, tak są słuszne i sprawiedliwe.

* Zwracamy uwagę czytelników »Przeglądu lek.« na dzisiejsze ogłoszenie Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, dotyczące sprawy wydzierżawienia Morszyna Już ze względu na to, że Morszyn jest własnością Towarzystwa lekarzy galicyjskich, los tego uzdrowiska nie może być obcy żadnemu lekarzowi w Galicyi.

* Kalendarz lekarski na rok 1902, ułożony przez Dra Edwarda Grażyńskiego, opuścił prasę. Kształt, papier, druk, a w szczególności treść informacyjna, zalecają to wydawnictwo, które bezpowrotnie wyrugowało od nas kalendarze niemieckie, będące przed laty w powszechnem niemal użyciu. W nowym kalendarzu, obok licznych drobnych uzupełnień, znajdą czytelnicy zupełnie nowy dział, „Choroby uszne«, oraz nowy wymiar należytości przypadających lekarzom i weterynarzom za czynności sądowo-lekarskie.

* Sprawozdania Biura statystycznego miasta Krakowa Tydzień XLV (od 3 do 9—XI). Liczba mieszkanców 91.323; urodziło się dzieci 40; zawarto małżeństw 30; zmarło osób 51; z gruźlicy zmarło 8 (3 zamiejscowych), z dławca i błonicy 2 (1 zamiejscowy), z płonicy 8 (2 zamiejscowych), z odry 8 (1 zamiejscowy), z gorączki połogowej 1.

Tydzień XLVI (od 10 do 16—XI). Urodziło się 50, zawarto małżeństw 18, zmarło 49; z gruźlicy zmarło 11 (4 zamiejscowych), z dławca i błonicy 2 (zamiejscowi), z płonicy 4, z odry 4, z duru brzusznego 1 (zamiejscowy).

* Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego postanowił przesłać ministrowi oświaty do zatwierdzenia swoją uchwałę, nadającą *veniam legendi* doktorom: Romanowi Renckiemu, Juliuszowi Marischlerowi i Adamowi Szulisławskiemu, — pierwszym dwom z zakresu medycyny wewnętrznej, trzeciemu z okulistyki.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwersytecie Jagiellońskim otrzymał Zdzisław Konstanty Czaplicki, rodem z Warszawy.

* Dr. Jan Semerád wydał w ciągu dalszym dwa zeszyty »Słowiańskiej biblioteki lekarskiej« (Rocznik II, zeszyt I i II za pierwsze dwa kwartały b. r.). Publikacya ta Dra Semeráda odznacza się. jak i poprzednie, sumiennem i wyczerpującem opracowaniem i jest wielką zasługą benedyktyńskiej pracy autora.

* Spostrzeżenia lekarzy angielskich o wzmagającej się stale liczbie chorych na raka zostało potwierdzone i w Niemczech przez osobny komitet, wybrany do badania tego nowotworu.

* Dr. Powell, lekarz w Bombayu, na podstawie ścisłej statystyki i zestawienia wszelkich względów i okoliczności ubocznych utrzymuje, że obrzezani zapadają na kiłę o $1^1/_2$ raza rzadziej, niż nieobrzezani. Nie przypominamy, ażeby u nas tego rodzaju zestawienie było robione; możebnem by ono było chyba tylko w wielkich szpitalach wojskowych.

* Nagrodę amerykańską za najlepszą pracę o padaczce, komitet, do którego należeli Jacoby, Pearce, Bailey i Ira von Gieson, przyznał prof. Carlo Ceni w Padwie. Rozprawa jego »Leczenie padaczki surowicą» wkrótce zostanie ogłoszoną.

Nową nagrodę, w kwocie 200 funtów szterl. przyzna komitet za pracę nigdzie niedrukowaną. a stanowiącą przyczynek do patologii i terapii padaczki. Ostateczny termin złożenia pracy oznaczył komitet na dzień 30 września 1902 r. Rękopisy należy adresować do Dra Fryderyka Petersona *(New York, 4 West 50 th Street)*.

Mianowania i odznaczenia. Docent Barlow mianowany został prof. nadzwyczajnym dermatologii w Monachium. Dr. Czerniachowski mianowany prof. nadzwyczajnym teoretycznej chirurgii w Warszawie.

Nekrologia. Zmarli: kierownik kliniki lekarskiej prof. Liebermeister zmarł w Tybindze, licząc lat 69. W Giessen zmarł dyrektor kliniki ginekologicznej prof. Löhlein, w 54 roku życia.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 48. Biro: O padaczce (c. d.). Endelman: Przyczynek do kazuistyki i anatomii patologicznej t. zw. podkosmówkowych krwawiaków. (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 48. Ołtuszewskiego: Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategoryi zboczeń mowy. Monsiorski: Samoistne pęknięcie pępowiny przy porodzie w pozycyi poziomej. Szayerowicz: Dwa przypadki pęknięcia sklepienia pochwy podczas porodu. Malinowski: Zatrucie ortoformem.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 48. Babák: Pojem biologie (c. d.). Jaklin: Galvanokaustická diairesa dle Bottiniho a radikálni léčeni ischurie při zbytněni předstojnice. (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 95 Budin: Nauczanie położnictwa w Paryżu. Desfosses: Jak należy wydobyć wbity do palca kawałek igły?

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 48 Schopf: Zranienie szyjnej części przewodu piersiowego. Pupovac: Przyczynek do kazuistyki i do leczenia bąblowca, zwłaszcza bąblowca nerek. Jeney: Przyczynek do patologii i leczenia wgłobienia jelit. Blum: Przypadek torbiela krezkowego ze skręceniem jelita cienkiego. Freund: Przyrząd do chirurgicznego szycia. Moszkowicz: Prosty sposób ustalenia cewnika załogowego *(à demenre)*.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 48. Rozpoznawcza ocena spraw zapalnych, występujących w jelicie ślepem i wyrostku robaczkowym. Lindner: Przyczynek do chirurgii nerek. Flockemann: O korzystnym wpływie leczenia przetworami jajnika na objawy nerwowo-mózgowe u kobiet wytrzebionych. Wolff: Zatrucie krwi i amputacya. Marckwald: Przypadek nagminnej czerwonki u płodu. Kruse: Rak i zimnica. Kuhn: Tężec po wstrzyknięciu żelatyny. Selo: Przypadek zatrucia atropiną.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 48. Koch: O aglutynacyi prątków gruźliczych i o zużytkowaniu tej aglutynacyi. Friedberg: O substancyi bakteryjnej, zawartej w prawidłowej surowicy koziej Curschmann: Medycyna i żegluga. (c. d.). Plehn: O praktycznym wyniku nowoczesnego badania zimnicy i niektóre dalsze zadania tego badania Lesser: O jednoczesnem stosowaniu leczniczem rtęci i przetworów jodowych (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 48. Lexer: O ranach brzucha. Greff: Przyczynek historyczny do wynalazku zwierciadła ocznego: Thorner: Nowe stereoskopijne zwierciadło oczne. Kiss: O wartości nowej metody badania w celu oznaczenia niewydolności nerek (dok.). Korányi: Dyskusya nad umiejętną podstawą klinicznej kryoskopii. Zuelzer: Przyczynek do sprawy cukrzycy nadnerczynowej. Rosenau: Monte Carlo jako stacya zimowa.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 11 grudnia, o godz. 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. K. Klecki mówić będzie „O cytotoksynach".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**